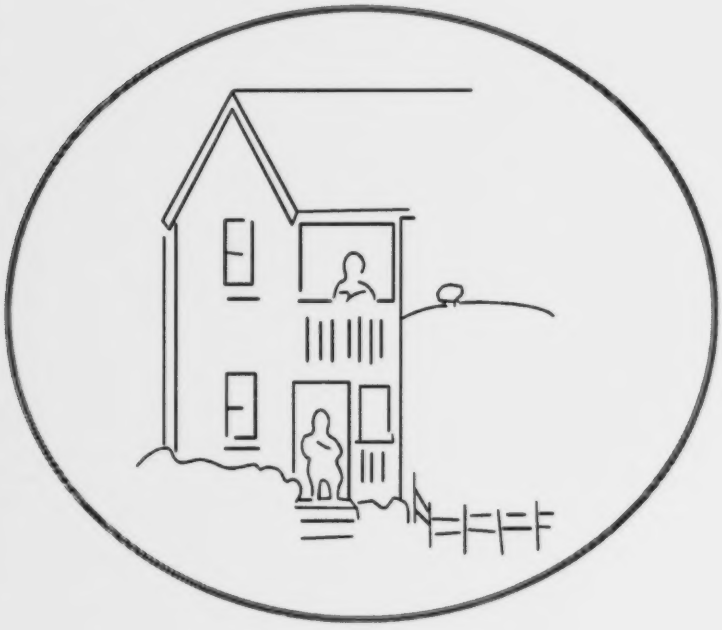
Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Montréal-Centre
3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9

Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité

dans les ressources d'habitation privées

Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité



dans les ressources d'habitation privées

Sonia Côté, conseillère
Services de santé mentale

Septembre 2002

106-06099/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Téléphone : (514) 286-5604

Prix : 8 $

Vous pouvez consulter ce document sur le site web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre à l'adresse électronique « *www.santemontreal.qc.ca* ».

Travaux de secrétariat :
Régine Gagnon
avec la collaboration de Nicole Bonlaron

Conception graphique et mise en page :
Régine Gagnon

Note : Le masculin est employé comme genre neutre afin d'alléger le texte. On ne doit y voir aucune discrimination.

Dépôt légal – Bibliothèque Nationale du Québec, 2002
ISBN : 2-89510-087-X

@ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002

BIBLIOGRAPHIE **41**

ANNEXE 1 ..... **45**

ANNEXE 2 ..... **47**

ANNEXE 3 ..... **53**

GLOSSAIRE

CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSP :	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CLSC :	Centre local de services communautaires
FOHM :	Fédération des organismes sans but lucratif d'habitation de Montréal
HLM :	Habitation à loyer modique
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCH :	Organisme communautaire d'hébergement
OMHM :	Office municipal d'habitation de Montréal
OSBLH :	Organisme sans but lucratif d'habitation
RI :	Ressource intermédiaire
RE :	Ressource résidentielle des établissements
RTF :	Ressource de type familial
SCHL :	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SHDM :	Société d'habitation et de développement de Montréal
SHQ :	Société d'habitation du Québec
SOC :	Soutien aux organismes communautaires

REMERCIEMENTS

Au cours de l'année 2000-2001, nous avons rencontré plus de 80 intervenants de Montréal provenant des CLSC, des organismes communautaires, des centres hospitaliers et des services municipaux. Nous les avons invités à s'exprimer sur les ressources d'habitation privées et sur les personnes qui y habitent. Ils ont accepté de partager leurs connaissances, leurs inquiétudes, leurs espérances ainsi que leurs idées quant au développement d'un programme d'amélioration de la qualité de vie. Nous les remercions chaleureusement pour le temps qu'ils nous ont consacré. Ils ont contribué à faire avancer notre réflexion dans ce secteur précis de l'habitation. Ils nous ont ramenés aux choix que nous faisons comme société en regard des citoyens qui ont besoin de protection et d'assistance dans la communauté. Leurs propos nous ont transportés bien au-delà des murs d'une simple demeure.

Nous tenons à souligner également la participation exceptionnelle des membres du Comité consultatif régional. Ces personnes ont su garder la motivation et l'enthousiasme jusqu'à la fin de leur mandat. Leur compétence, leur sensibilité et leur détermination à toute épreuve ont fait en sorte de ne jamais perdre de vue l'essentiel, c'est-à-dire trouver des moyens pour mieux orienter les personnes à faible revenu, ayant un trouble mental, dans des ressources privées et soutenir efficacement les propriétaires. Nous leur devons, en grande partie, le contenu de ce document.

Membres du Comité consultatif régional :

➢ Alcida Boissonneault	Perspective communautaire en santé mentale, Service Chez-soi
➢ Sylvie Cadorette	Centre hospitalier de soins psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Hébergement de type familial et spécialisé
➢ Chantal Croze	Ministère de la Solidarité sociale, Service de la sécurité du revenu
➢ Marielle Dion	Représentante du Regroupement des CLSC
➢ Guy Doucet	OSBL d'habitation, Maison St-Dominique
➢ LeeAnn Dufresne	Représentante des organismes de la sous-région Centre-Ouest, CLSC Côte-des-Neiges
➢ Réjean Gendron	Locataire
➢ Évelyne Giroux	Centre hospitalier de soins psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Service social
➢ Mario Leclerc	Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM)
➢ Gloria Lourido	Ville de Montréal, Comité sur les problèmes sociaux
➢ Robert MacKrous	Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM)
➢ Michel Marcil	Locataire
➢ Pierre Oliel	Propriétaire
➢ Jacques Riopel	Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM)
➢ Carl Simard	Curateur public du Québec
➢ Suzanne Thibodeau-Gervais	Centre hospitalier de soins généraux, Hôpital Notre-Dame du CHUM, Service social
➢ Jacques Vinet	Ex-président de l'Association des maisons de chambres du Québec

Nous ne pouvons passer sous silence nos rencontres et discussions avec les propriétaires[1] qui ont fait l'objet de plaintes ainsi que nos échanges avec les locataires. Plusieurs d'entre eux nous ont sensibilisés à leur réalité, nous ont manifesté leurs limites mais également leurs forces.

Différentes organisations communautaires et publiques ont développé, depuis des années, un partenariat avec les propriétaires privés et ont acquis une expertise dans le domaine de l'habitation et du soutien au logement afin d'améliorer la qualité de vie des personnes. Ces services et programmes nous ont inspirés tout au long de notre démarche. Nous formulons toute notre reconnaissance aux organismes suivants qui ont bien voulu partager avec nous leur expertise :

- *Service Accroche-toit de la ville de Québec* : service d'aide à l'hébergement pour faciliter la relocalisation des personnes vulnérables présentant de multiples problèmes;
- *Chez-soi* : programme de soutien au logement, opéré par l'organisme Perspective communautaire en santé mentale de l'Ouest de l'île de Montréal, qui facilite la recherche de logements convenables et économiques;
- *Programme Roses d'or* de la Fédération de l'âge d'or du Québec : programme qui procède à l'appréciation des résidences privées pour les aînés autonomes;
- *CLSC Saint-Léonard :* par leur contribution au Regroupement des propriétaires des résidences privées en hébergement.

Madame Andrée Demers-Allan, conseillère à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Services aux personnes âgées, est certainement l'une des pionnières dans l'amélioration de la qualité de vie à l'égard des résidences privées. Elle a coordonné, de 1995 à 1997, les travaux menant à la réalisation du cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées pour les personnes âgées. Ce document a été pour nous un guide des plus précieux. Nous la remercions pour sa grande disponibilité et sa générosité dans le partage de ses connaissances.

Finalement, nous remercions madame Diane Gauthier, chef des Services de santé mentale, ainsi que son équipe pour leur appui et leurs conseils judicieux. Elles n'ont jamais douté, ne fusse qu'un instant, de la nécessité de développer un programme d'amélioration de la qualité de vie dans les ressources d'habitation privées.

Sonia Côté
Conseillère aux établissements
Juin 2002

[1] **Nous utiliserons dans ce rapport le terme « propriétaire » pour désigner la personne qui est détentrice d'un permis d'exploitation d'une maison de chambres et responsable des locataires.**

AVANT-PROPOS

L'un des rôles confiés par le MSSS aux régies régionales, depuis 1993, est celui de l'amélioration de la qualité de vie dans les établissements mais aussi dans les ressources non titulaires d'un permis du Ministère hébergeant des personnes requérant des services de santé et des services sociaux (LSSSS, chapitre S-4.2, art. 437, 452 et 489).

Les Services à la population de la Régie régionale de Montréal-Centre reçoivent les plaintes provenant notamment d'usagers, de familles, de proches, d'intervenants du réseau au sujet des ressources résidentielles privées. Les plaintes concernant une ressource non titulaire d'un permis du Ministère, qui accueille une clientèle ayant des problèmes de santé mentale, sont acheminées aux Services de santé mentale qui sont alors responsables de les traiter (annexe 1).

Les plaintes, les signalements et les allégations qui donneront lieu à une intervention portent sur différents aspects de l'environnement, des services offerts aux locataires, des relations humaines, etc. À titre d'exemple, les plaignants rapportent des situations où ils ont l'impression que les locataires sont abusés, lésés dans leurs droits ou bien que la qualité et la quantité de nourriture sont questionnées, que la salubrité et la sécurité des lieux sont négligées, etc.

Le rapport sur les plaintes des usagers 1999-2000 révèle que la Régie régionale de Montréal-Centre a traité 34 plaintes sur les ressources d'habitation privées qui hébergent non seulement la clientèle en santé mentale mais aussi d'autres types de clientèle, tels que les personnes âgées, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie, etc. Les plaintes portaient sur 89 objets. Des mesures correctives ont été apportées dans la très grande majorité des cas, soit 82 %.

Depuis huit ans, les professionnels de la Régie régionale se déplacent dans la communauté et visitent les ressources résidentielles privées mises en cause. Ils ont acquis, au fil des ans, une expertise dans ce domaine et une sensibilité aux situations vécues par les locataires et aussi par les propriétaires qui accueillent une clientèle nécessitant différents services de soutien dans la communauté.

Les liens que nous entretiendrons avec la ressource peuvent durer, dans certains cas, des semaines, voire des années, dépendamment des changements à effectuer ou des améliorations à apporter, du degré de vulnérabilité de la clientèle ainsi que de la réceptivité des dirigeants de la ressource à collaborer avec les intervenants.

C'est à partir de ces visites que nous avons pu nous rendre compte de la complexité des interventions à coordonner pour aider non seulement les locataires mais aussi les logeurs qui ont choisi d'héberger une clientèle en légère perte d'autonomie ou ayant des troubles mentaux graves. La mise en œuvre des actions à poser nous a amenés à prendre en considération les rôles de chacun pour que la qualité devienne une priorité dans ces résidences et pour que les locataires aient droit à un logis sécuritaire.

Ces expériences vécues sur le terrain nous ont convaincus de l'importance d'élargir le concept de contrôle de la qualité de vie envisagé sous l'angle traditionnel d'une vérification, d'une inspection, en y incluant également la notion de soutien au milieu.

INTRODUCTION

Dans le *« Plan d'action pour la transformation et l'organisation des services de santé mentale »*, le MSSS privilégie la diversité et le développement de services dans la communauté. L'intégration sociale et l'amélioration des conditions de vie des personnes sont les principes fondamentaux de ces transformations et donnent lieu à de nouvelles pratiques.

Dans le cadre du *« Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le défi de l'accès », section Services de santé mentale, mesure 3.4.1 : Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté*, la Régie régionale de Montréal-Centre donne priorité au développement d'un programme d'amélioration de la qualité de vie dans les ressources d'habitation privées non titulaires d'un permis du Ministère, qui accueillent une clientèle ayant des troubles mentaux.

L'objectif de ce programme vise à identifier des critères afin de s'assurer d'une certaine conformité des lieux physiques et d'une qualité des services rendus dans ce type de logis utilisé par notre clientèle. Il s'agit de se donner des moyens pour :

- Mieux connaître et apprécier les ressources d'habitation;
- Se prononcer sur la qualité des services et des relations humaines;
- Soutenir les locataires et les propriétaires lors de situations difficiles.

Pourquoi s'intéresser aux personnes ayant un problème de santé mentale vivant dans des chambres ou des logements exploités par des entrepreneurs privés à des fins lucratives? Pourquoi vouloir améliorer la connaissance et la compréhension de ces milieux résidentiels? Les réponses à ces questions comportent de multiples facettes qui seront abordées dans ce document.

Même si l'accent est principalement mis sur les ressources d'habitation privées, la première partie de cet ouvrage donnera une vue d'ensemble du réseau de l'habitation à Montréal pouvant offrir un milieu de vie à des personnes à faible revenu ayant des problèmes de santé mentale. Nous tenterons de définir sommairement chacun des secteurs oeuvrant dans le domaine de l'habitation et de présenter quelques caractéristiques de la clientèle utilisatrice de ces ressources.

Pour parfaire notre connaissance du secteur de l'habitation privée et de son utilisation par les intervenants, nous avons rencontré des partenaires de la région de Montréal intéressés à partager leur point de vue et leurs perceptions au sujet des maisons de chambres et pensions de leur territoire.

Les praticiens et les gestionnaires nous ont sensibilisés aux différentes réalités sous-régionales. Ce programme a été élaboré en tenant compte de la disparité des services et des ressources d'un quartier à l'autre. Ces réunions informelles ont été très intéressantes, les intervenants des réseaux communautaire et public ont participé en grand nombre. Nous vous livrerons, dans la deuxième partie de ce document, un résumé de ces entretiens.

Au terme de ces rencontres sous-régionales, nous avons formé un comité consultatif régional composé de représentants provenant des réseaux public, communautaire, municipal et privé. Ce comité s'est montré très engagé et déterminé à améliorer la situation résidentielle des personnes vulnérables et ayant besoin de protection sociale. Leurs préoccupations, leurs commentaires et leurs expériences ont guidé l'élaboration du programme qui sera présenté dans la troisième partie.

Au chapitre IV, nous proposerons un modèle organisationnel permettant l'implantation de ce programme à l'intérieur du *« Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 »*.

Nous terminerons en présentant, au chapitre V, les rôles et responsabilités des organismes travaillant auprès des personnes vulnérables qui habitent dans la communauté. Pour nous, il ne fait aucun doute que le développement d'une action concertée entre les différents services de santé et services sociaux et les organismes en lien avec l'habitation est la clé menant au succès d'un tel programme.

CHAPITRE I

ÉTAT DE LA SITUATION DU RÉSEAU DE L'HABITATION POUR LES PERSONNES SEULES, À FAIBLE REVENU, AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE GRAVE

Nous aimerions, dans cette première partie, donner un aperçu de l'ensemble du réseau de l'habitation de Montréal pour une personne seule, bénéficiant de la Sécurité du revenu, aux prises avec un problème de santé mentale et en quête d'un chez-soi pour une durée temporaire ou permanente.

L'évaluation des besoins physiques, sociaux, psychologiques, les habiletés domestiques et sociales, l'état de santé physique et psychique de la personne, son revenu ainsi que ses désirs et aspirations seront donc des indicateurs de toute première importance pour la référer ou l'orienter vers la bonne ressource résidentielle.

Sur le territoire montréalais, il existe un éventail de ressources résidentielles dans la communauté pour les personnes avec des problèmes de santé mentale. Ces ressources sont diversifiées, innovatrices et offrent une gamme de services allant de l'encadrement et soutien à intensité variable jusqu'au logement autonome. Toutefois, ces ressources sont en nombre insuffisant pour répondre à la demande. La réduction du nombre de lits institutionnels, le virage ambulatoire, la transformation de la pratique en psychiatrie et le maintien en milieu naturel créent une pression sur les ressources résidentielles publiques, les organismes communautaires et les logements sociaux publics. Les longues listes d'attente témoignent de la popularité et de la nécessité de ces ressources d'hébergement et des logements sociaux.

Actuellement, les personnes aux prises avec un problème de logement, leur famille ainsi que les intervenants du réseau se tournent de plus en plus vers les logements à but lucratif pour trouver une réponse à leurs besoins immédiats.

Avant de vous entretenir spécifiquement du secteur privé, une description de l'ensemble des ressources résidentielles s'impose afin d'obtenir une vision commune du réseau de l'habitation pouvant loger un citoyen ayant des troubles mentaux.

Aux fins de ce travail, nous avons distingué quatre grands secteurs d'habitation, soit les **ressources résidentielles publiques**, les **organismes communautaires d'hébergement** (OCH), les **logements sociaux publics** et les **logements privés à but lucratif** (schéma 1).

Le lecteur connaissant l'organisation des services résidentiels et les profils de clientèles desservies peut s'en tenir à la lecture du schéma 1 et passer immédiatement au chapitre 2.

Personne ayant un problème de santé mentale à la recherche d'un logement

Hébergement à durée indéterminée

Objectifs

- Services d'hébergement, de soutien et d'assistance
- Réadaptation
- Réinsertion sociale
- Maintien dans la communauté

	RTF	RI	RE	Total
Nombre de ressources	323	139	16	**478**
Nombre de places	1 979	1 694	168	**3 841**
Durée moyenne du séjour	6 ans	7 ans	?	

Ces types d'organisation résidentielle sont rattachés aux hôpitaux Louis-H.-Lafontaine, Douglas, Maisonneuve-Rosemont, Rivière-des-Prairies, Sacré-Cœur et Saint-Luc

- listes d'attente

Organismes communautaires d'hébergement

Hébergement temporaire

Objectifs

- Réinsérer socialement, par un service d'hébergement temporaire, des personnes ayant de multiples problèmes
- Éviter l'itinérance, la désorganisation et l'hospitalisation

- Logements, studios, appartements, foyers de groupe, etc.
- Nombre : ?
- Sources de financement :
  - MSSS
  - Ministère de la Sécurité publique
  - Municipalités
  - SHQ
  - SCHL
  - Autres
- Taux d'occupation élevé

Logements sociaux publics

Logements permanents

Objectifs

- Répondre à la demande de logements des personnes seules et des familles à faible revenu
- Améliorer la qualité de vie

- Logements, studios, chambres
- Nombre : estimation 35 000 unités
- Sources de financement:
  - ✓ SCHL
  - ✓ SHQ
  - ✓ Municipalités
  - ✓ MSSS
- Gérés par :
  - ✓ Office municipal d'habitation (OMH)
  - ✓ Habitations Jeanne-Mance
  - ✓ Société d'habitation et de développement de Montréal
  - ✓ Organismes sans but lucratif d'habitation
- Listes d'attente

Logements à but lucratif

Logements permanents

Objectif

- Offrir des logements permanents avec ou sans services à des personnes seules à faible revenu

- Chambres, studios
- Nombre : ?
- À but lucratif
- Accès rapide, disponibilité

Juillet 2001

1.1. Définition et bref portrait des ressources résidentielles publiques, des organismes communautaires d'hébergement, des logements sociaux publics ainsi que des ressources d'habitation privées

À cette étape-ci, nous vous présentons une interprétation de l'organisation du réseau de l'habitation de Montréal. Le schéma 1, à la page précédente, représente le portrait du réseau actuel. Les différents secteurs sont représentés de façon distincte en mettant en évidence leur spécificité en termes d'objectifs, de nombre, de financement et de disponibilité. Toutefois, il faut préciser que les modèles d'habitation, tels que nous vous les présentons, ne sont pas figés, ni statiques, ni sans lien entre eux. Depuis quelque temps, nous observons une volonté de décloisonner les formules en développant des ententes de services et des programmes entre différents secteurs de l'habitation. Les centres hospitaliers participent également à ce mouvement en créant des alliances avec les organismes communautaires d'hébergement, les OSBL d'habitation et l'Office municipal d'habitation ainsi que les propriétaires de ressources privées.

1.1.1. Ressources résidentielles publiques

Les ressources résidentielles publiques comprennent les RTF, les RI et les RE.

Il s'agit de ressources résidentielles non institutionnelles qui offrent des programmes individualisés de réadaptation et de réinsertion sociale dans un milieu de vie naturel. Elles sont réglementées par la LSSSS, chapitre S-4.2.

Les ressources résidentielles publiques, au nombre de 478[2], comprennent 323 RTF, 139 RI et 16 autres ressources résidentielles, totalisant 3 841 places[3]. Chaque ressource se situe à l'extérieur de l'hôpital mais demeure sous la responsabilité de l'établissement qui s'assure de la qualité de l'environnement et des services offerts à la clientèle. La réinsertion sociale des personnes est l'objectif visé par ces services résidentiels. Il faut aussi préciser que seules les personnes référées par les hôpitaux montréalais ont accès à ce type de ressources.

Ces ressources d'hébergement spécialisées en santé mentale sont en lien contractuel avec un établissement désigné par la Régie régionale de Montréal-Centre. Les centres hospitaliers Douglas, Louis-H.-Lafontaine, Maisonneuve-Rosemont, Rivière-des-Prairies, Sacré-Cœur de Montréal et Saint-Luc sont les établissements gestionnaires de ces ressources.

- **Ressources de type familial (RTF) (art. 312)**

> *« Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles un maximum de neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel ».*

Dans ce type de ressource, les propriétaires assurent un encadrement 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. La résidence d'accueil reçoit la visite de professionnels qui supervisent certains moments de la vie quotidienne, et le suivi psychiatrique de la personne est assuré par l'hôpital référant.

---

[2] **Février 2000.**
[3] **Régie régionale de Montréal-Centre, juillet 2001.**

- **Ressources de type intermédiaire (RI) (art. 302)**

> *« Toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.*
>
> *L'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation. »*

Pour obtenir le statut de ressource intermédiaire, les conditions suivantes doivent être réunies :

- La ressource est une personne physique ou morale autre qu'un établissement public;
- La ressource est rattachée à un établissement public par un lien contractuel autre que celui de type « employeur-employé »;
- La ressource procure à l'établissement une installation d'hébergement (gîte) et un ou plusieurs services de soutien ou d'assistance lui permettant de maintenir ou d'intégrer ses usagers à la communauté;
- La ressource dispense ses services dans des installations physiques dont elle est soit propriétaire, soit locataire.

Conformément à la Loi sur la santé et et les services sociaux, l'établissement exerce la responsabilité d'évaluation, de contrôle et de surveillance de la ressource en lui apportant l'aide et le soutien requis.

Lors d'une étude menée par la Régie régionale de Montréal-Centre sur la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels en 1999[4], on constate que le profil de la clientèle varie en fonction du type de ressources qu'il s'agissait, à cette période, d'un pavillon[5], d'une RTF ou d'une RI. Notre intention est d'arriver à mieux saisir l'importance de la mobilité de la clientèle, en faisant part des résultats sommaires et partiels.

---

[4] **Santé mentale, Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels, Rapport synthèse, RRSSS Montréal-Centre, une collaboration de la Direction de la santé publique et de la Direction de la programmation et coordination, décembre 1999.**

[5] **Depuis le 1er avril 2001, les pavillons sont désormais considérés comme étant des ressources intermédiaires. « Le pavillon est une installation privée rattachée administrativement et professionnellement par un contrat de biens et de services à un établissement public » (RRSSS, janvier 1995). L'étude dont il est ici question a analysé les clientèles selon leur lieu d'hébergement, soit les pavillons (nouvellement appelés ressources intermédiaires), les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF).**

Les personnes que l'on retrouve dans les pavillons ont, dans 33 % des cas, plus de 65 ans. Un peu plus de la majorité nécessite des soins psychiatriques intensifs[6]. La moitié de la clientèle y réside depuis plus de 10 ans et presque tous sont au bon endroit sur le plan résidentiel à court terme. Dans les pavillons, la demande pour des programmes d'intégration est moins élevée que dans les autres types de ressources résidentielles.

Dans les RTF, 20 % de la clientèle a plus de 65 ans. Ces ressources regroupent donc des personnes moins âgées que dans les pavillons mais qui nécessitent autant de soins psychiatriques intensifs. Les personnes y demeurent pour une période d'environ six ans. C'est dans ce type de ressources que les programmes d'intégration sont le plus en demande. Tout comme dans les pavillons, une très grande proportion des résidents doit y être maintenue aux dires des intervenants. Par conséquent, les places disponibles pour accueillir de nouveaux clients sont très limitées.

Quant aux RI, elles offrent plus de possibilités de renouvellement de clientèle car, selon les intervenants, le quart des usagers serait suffisamment prêt pour un retour dans un logement autonome. Avec une moyenne de séjour de quatre ans, ce type de ressource permet une plus grande accessibilité que les pavillons et les RTF. Cette étude indique que 92 % de la clientèle a moins de 65 ans et que la moyenne d'âge se situe à 41 ans. Ces personnes possèdent des habiletés de base pour effectuer les activités de la vie quotidienne. Tout comme dans le cas des pavillons et des RTF, plus de la moitié des personnes a besoin de soins psychiatriques intensifs. À la lumière de ces informations, il semble que cette clientèle se rapproche d'un type de clients que l'on retrouve également dans les ressources d'habitation privées.

Pour les personnes qui n'ont plus besoin des ressources résidentielles adaptées, l'accessibilité à un logement autonome n'est pas évidente compte tenu du manque de logements sociaux et de la méconnaissance des bonnes maisons de chambres et pensions privées et des petits logements abordables.

Actuellement, l'accessibilité aux ressources résidentielles publiques est particulièrement limitée. Une personne peut attendre des mois, voire des années, avant d'être admise dans une RTF ou RI.

- **Ressources résidentielles des établissements (RE)**

  Ce type de ressource est développé par les centres hospitaliers de soins psychiatriques à même leurs ressources ou en partenariat avec des entrepreneurs privés ou des OSBL.

  Il s'agit de résidences de groupe ou d'appartements qui accueillent des personnes provenant en très grande majorité des établissements. Elles bénéficient de services de réadaptation et de soutien offerts par le personnel de l'établissement, jour et nuit, sept jours par semaine. Les programmes offerts visent le développement des habiletés de tout ordre permettant à la personne d'accéder ultérieurement à un logement autonome ou à un milieu de vie plus adapté à ses besoins.

---

[6] **Les soins psychiatriques de niveau intensif sont définis de la façon suivante : « l'individu présente des problèmes psychiatriques plus graves comme des symptômes psychotiques ou de dépression ou d'agitation. Il peut être dangereux pour lui-même, pour autrui ou pour les biens matériels. L'individu a une capacité fonctionnelle à jouer un rôle dans la société. Il requiert un soutien psychiatrique plus continu et systématique et peut exiger une surveillance, (RRSSSS Montréal-Centre, 1999, page 4).**

1.1.2. Organismes communautaires d'hébergement (OCH) (art. 334 et 335)

> *« Un organisme communautaire est une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.*
>
> *Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches. »*

Il existe une très grande diversité d'organismes communautaires d'hébergement dans la région de Montréal, qui offrent divers services de soutien et d'assistance. Les clientèles visées sont les femmes victimes de violence, les itinérants et les itinérantes, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, les personnes judiciarisées, les femmes et les hommes vivant des difficultés de tout ordre, etc.

Une autre particularité des OCH est la durée du séjour limitée pouvant aller de quelques jours à quelques années. L'accent est mis sur les services de relation d'aide, de réinsertion sociale et de soutien dans la communauté. L'OCH se veut un lieu transitoire. La personne hébergée accepte de recevoir, sur une base libre et volontaire, les services de l'organisme pour une durée déterminée. Ces services visent à ce que les personnes acquièrent des habiletés sociales, domestiques et à leur donner les outils nécessaires pour qu'elles puissent reprendre le contrôle de leur vie.

Le nombre d'OCH est difficile à déterminer. Nous avons interrogé des représentants d'associations, de regroupements et de fédérations. Il ne semble pas exister de listes permettant de les dénombrer et de les classer de façon précise. Le mode de financement, la provenance de la clientèle, la participation des personnes hébergées à la vie démocratique et associative de l'organisme sont autant d'éléments qui semblent avoir leur importance dans la classification. Actuellement, certains organismes ont un double statut, c'est-à-dire qu'ils peuvent être à la fois OCH et RI; leur structure juridique ainsi que leur fonctionnement opérationnel et organisationnel, leur philosophie, leur vision et leurs activités sont de nature communautaire mais ils réservent une partie de leurs places pour les personnes en provenance des établissements par le biais d'une entente de services.

Pour les organismes connus des Services de santé mentale de la Régie régionale de Montréal-Centre, ils affichent généralement un taux d'occupation élevé.

1.1.3. Logements sociaux publics

Gérés selon les dispositions de la Loi de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), environ 35 000 logements sociaux ont été construits, depuis les années 1960, sur le territoire montréalais.

Deux types de logements sociaux publics sont fréquemment interpellés pour loger les personnes seules possédant un très faible revenu et ayant des besoins spécifiques, soit les OSBLH et les HLM.

Organismes sans but lucratif (OSBL) d'habitation de Montréal

Lors d'une vaste enquête menée par madame Marie-Noëlle Ducharme et monsieur Yves Vaillancourt, avec la collaboration de monsieur François Aubry (2002)[7], 9 878 unités administrées par 125 OSBL ont été dénombrées. Une grande majorité d'OSBL s'adresse à des groupes spécifiques, tels que :

- ✓ les personnes âgées, qui représentent le groupe le plus important : 55,3 %
- ✓ les familles et les non spécialisés : 27,1 %
- ✓ les personnes seules : 7,7 %
- ✓ les personnes handicapées : 5,9 %
- ✓ les personnes ayant des problèmes de santé mentale : 2,3 %
- ✓ les femmes : 1,4 %
- ✓ les jeunes : 0,3 %
- ✓ les ex-détenus : 0,1 %

Du nombre total d'unités (9 878), 224, réparties dans 14 projets administrés par neuf OSBL, sont spécifiquement destinées à la clientèle santé mentale. Mais, comme le précisent si justement les auteurs, « *ces missions ne sont pas si étanches et exclusives et qu'un même OSBL peut conjuguer, dans la pratique, plusieurs vocations* », page 24.

Le mandat général de la majorité des OSBL d'habitation est d'offrir du logement de bonne qualité, sécuritaire, permanent et financièrement abordable à des personnes seules ou à des familles économiquement défavorisées.

Une des caractéristiques notables des OSBLH est les différents services de soutien et d'assistance offerts aux locataires (conciergerie, alimentation, loisirs, aide domestique, support, etc.)

Un des leaders, depuis 15 ans, dans les services de support communautaire est, sans contredit, la FOHM. Cette fédération regroupe près de 70 OSBLH à Montréal et compte ainsi près de 4 000 unités de logements.

---

[7] **Ducharme, Marie-Noëlle et Yves Vaillancourt, *Portrait des organismes sans but lucratif d'habitation sur l'île de Montréal*, Université du Québec à Montréal, LAREPPS, Montréal, Avril 2002, 80 p. Cette recherche exhaustive sur le monde des OSBLH nous documente notamment sur les pratiques de ces organismes, leur mission, les caractéristiques des locataires et les services qui y sont offerts.**

La FOHM a acquis une solide réputation dans le logement social avec soutien communautaire visant la réinsertion sociale des personnes présentant de multiples problèmes (itinérance, toxicomanie, santé mentale, alcoolisme). La FOHM a développé cette expertise en assumant la gestion de six maisons de l'Office municipal d'habitation situées dans les quartiers centraux de Montréal. Forte de cette expérience, la FOHM a créé une équipe d'intervenants sociaux pouvant répondre aux besoins d'autres maisons aux prises avec des situations difficiles, ayant peu ou pas de ressources humaines pour aider les locataires en difficulté. Mais plus encore, la FOHM a su, au cours des années, développer une gamme de services pour soutenir les OSBLH dans leur gestion[8].

Une étude de l'Université du Québec à Montréal (1998)[9], portant sur l'évaluation de la contribution du logement social avec soutien communautaire dans trois maisons gérées par la FOHM, attribue à la clientèle les caractéristiques suivantes :

- Faible revenu;
- Fortement marginalisée;
- Souvent sous-scolarisée;
- En perte d'autonomie;
- Endettée;
- Majoritairement bénéficiaire de l'aide sociale;
- Aux prises, dans une proportion de 68 %, avec de multiples problématiques;
- Âge moyen de 46 ans.

Il est également précisé dans cette étude qu'en 1993, sur 600 demandes de logement traitées à la FOHM : *« 45 % des demandeurs provenaient soit des missions ou des refuges, soit carrément de la rue; 17 % avaient un historique de suivi en santé mentale et 38 % se disaient mal logés ou vivaient des problèmes économiques importants »*.

À présent, les OSBLH ne suffisent plus à la demande. On parle actuellement d'une attente de plusieurs années pour accéder à un logement social.

Habitations à loyer modique

L'OMHM a le mandat de répondre à la demande de logement à loyer modique pour les personnes et les familles à faible revenu.

L'Office gère l'un des plus impressionnants parcs immobiliers avec 24 124 logements. En plus de la gestion, de l'acquisition et de la rénovation d'immeubles, l'OMHM est responsable de la gestion du Programme de supplément au loyer[10]. Actuellement, plus de 11 000 requérants sont sur les listes d'attente pour l'obtention d'un logement social.

---

[8] La FOHM offre des services de gestion immobilière, financière, administrative, sociale et autres à ses membres.

[9] C. Jetté, L. Thériault,. R. Mathieu, Y. Vaillancourt, « Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM); intervention auprès des personnes seules à faible revenu et risque de marginalisation sociale dans les quartiers centraux de Montréal », UQAM, LAREPPS, 1998, 215 p.

[10] Ce programme permet aux personnes et aux familles qui sont en attente d'un logement à loyer modique de l'OMHM d'avoir accès à des logements du marché privé ou des organismes sans but lucratif en établissant le loyer de la même façon que dans un HLM. En 2001, 3 742 ménages bénéficiaient de ce programme.

Depuis une dizaine d'années, l'OMHM remarque que la clientèle de personnes psychiatrisées, dites « borderline », est fortement à la hausse dans ses projets d'habitation[11]. L'alourdissement du type de clientèle, que l'Office attribue, d'une part, au maintien des personnes dans leur communauté et, d'autre part, au mode d'attribution des logements HLM aux ménages ou aux personnes les plus nécessiteuses, a contribué à changer le portrait d'une partie de la clientèle des HLM. Certains immeubles requièrent des services particuliers pour remédier à des situations difficiles, à cause de locataires avec des problèmes de santé mentale graves. C'est dans cette optique que l'OMHM développe des liens avec des ressources institutionnelles et communautaires afin d'assurer l'encadrement et le soutien à cette population. Concrètement, nous retrouvons dans certains immeubles la présence d'un organisme communautaire pour favoriser la prise en charge du milieu par les locataires.

En tout, 82 organismes communautaires sont intégrés dans des projets d'habitation à Montréal. D'autres projets immobiliers ont mis sur pied des services pour les clientèles ayant des besoins particuliers (ex. : programme d'intégration sociale pour une clientèle spécifique).

Par ailleurs, la SHDM a contribué à augmenter la banque de logements à prix modique en favorisant la prise en charge de certains immeubles par des organismes communautaires ou par des coopératives d'habitation. La SHDM a comme objectifs d'acquérir, de rénover, de restaurer, de construire, de vendre et de louer des immeubles sur le territoire montréalais. Par exemple, en 1999, 399 maisons de chambres étaient gérées par le programme d'acquisition des maisons de chambres et appartenaient à la SHDM.

Les logements sociaux publics, tout comme les OCH, sont, pour la très grande majorité, des milieux qui offrent des conditions de vie supérieures à ce que l'on peut trouver dans le champ locatif privé. D'abord, parce qu'ils offrent des loyers à coût très abordable et que l'environnement physique est conforme aux normes du bâtiment. Les services d'encadrement et d'assistance sont souvent donnés par un personnel formé et qualifié.

Toutefois, lors de nos rencontres de groupes, les intervenants ont demandé de considérer également les logements sociaux et les OCH comme ressources-cibles dans le programme d'amélioration de la qualité de vie. Selon eux, le caractère non lucratif ne garantit pas les bons services et la protection des personnes vulnérables.

Conscients de cette réalité, nous avons choisi, à ce moment, de ne considérer que les ressources d'habitation privées de type maisons de chambres et pensions. Les raisons qui motivent notre décision sont les suivantes :

- Ces milieux font l'objet de nombreuses plaintes;
- Ces maisons peuvent exister sans être connues des autorités municipales;
- Pour bien des ressources, la réglementation municipale ne s'applique pas[12];
- Une grande partie de leur clientèle est identifiée comme étant vulnérable et à risque d'itinérance.

---

[11] **Ville de Montréal, L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal : 1999-2000; avis de la ville de Montréal à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, mars 1998.**

[12] **Dans ce cas, le seul pouvoir que nous avons est celui de persuader les propriétaires/responsables d'améliorer la situation ou de convaincre le locataire en difficulté de changer de logis en lui apportant l'aide et le support nécessaires à une relocalisation.**

1.1.4. Logements à but lucratif ou ressources d'habitation privées

Les ressources d'habitation privées sont des milieux de vie résidentiels de type logement ou de chambre et sont régies par les lois et les règlements de zonage des villes et des municipalités. Ces milieux de vie ont pour but de loger les personnes et de leur offrir ou non des services de restauration (repas), d'organisation matérielle (entretien ménager, lessive) et de sécurité physique et psychologique (normes de sécurité, surveillance aux frais du client ou de son représentant).

La ressource d'habitation privée se définit également comme une ressource d'habitation collective appartenant à une personne morale ou physique qui assure une gamme plus ou moins étendue de services (repas, surveillance, animation, etc.)

Elle peut aussi bien prendre la forme d'une unité locative (appartement, studio, 1½, 2½) ou d'une chambre. Elle constitue le domicile choisi par la personne[13].

Chaque municipalité possède ses propres règlements municipaux incluant un règlement sur les maisons de chambres et de pension. Théoriquement, il pourrait donc y avoir autant de définitions et de règlements que de municipalités. Cette réalité donne lieu à des situations disparates d'une ville à l'autre et à des niveaux de tolérance tout aussi variés.

Pour la ville de Montréal, « une maison de chambres est un immeuble ou une partie d'immeuble où au moins quatre chambres sont à louer et où des services tels que les repas, l'entretien ou la surveillance peuvent être fournis ». Pour exploiter une maison de chambres, il est non seulement important de se conformer au règlement sur le logement, mais il est aussi nécessaire qu'un certificat d'occupation autorise cette activité.

Comme il a été mentionné, notre intérêt portera sur les maisons de chambres avec ou sans service, accueillant une clientèle avec des problèmes de santé mentale. Ces maisons apportent, depuis des décennies, une forme de réponse à la demande de logement pour les personnes seules à faible revenu car elles représentent l'une des formes de logements les plus accessibles et les plus économiques dans le champ locatif privé.

Il serait risqué d'avancer un nombre précis de maisons car ce secteur d'habitation est en constante mouvance. Par ailleurs, les intervenants ont rapporté qu'un grand nombre de maisons n'ont aucun permis d'exploitation, ne sont pas connues des autorités municipales et n'ont jamais été visitées par le Service de prévention des incendies. Ces maisons non réglementées sont souvent qualifiées, par les intervenants, de clandestines ou d'illicites.

Nonobstant cette réalité, l'analyse des listes du Service des permis des municipalités est une source de renseignements fort utile et un point de départ pour répertorier une partie des maisons. Par exemple, pour la ville de Montréal, à partir de la liste du Service du développement économique et urbain, nous avons répertorié un total de 417 maisons inscrites dans la catégorie maisons de chambres réparties dans neuf quartiers :

[13] **Proposition pour le cadre de référence sur les orientations ministérielles concernant les résidences privées, ACAPA, octobre 1996.**

TABLEAU 1 : NOMBRE DE MAISONS DE CHAMBRES À MONTRÉAL

Quartiers		Nombre de maisons de chambres
(1)	Ahuntic / Cartierville	12
(2)	Villeray St-Michel / Parc Extension	16
(3)	Rosemont / Petite Patrie	51
(4)	Mercier / Hochelaga-Maisonneuve	64
(5)	Plateau Mont-Royal / Centre-Sud	92
(6)	Ville-Marie	110
(7)	Côte-des-Neiges / Notre-Dame-de-Grâce	28
(8)	Sud-Ouest	34
(9)	Rivière-des-Prairies / Pointe-aux-Trembles	10

Il faut se rappeler que les maisons de chambres de moins de quatre chambres ne sont pas assujetties aux règlements municipaux. Peu de villes ont suivi l'exemple de Châteauguay qui a adopté, il y a six ans, un règlement sur les maisons de chambres et pensions pour protéger les personnes vulnérables (personnes âgées, personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'une maladie mentale).

Cette ville inclut dans son règlement toutes les maisons de chambres et pensions de plus de deux chambres. Ce règlement stipule de façon précise ce qu'est une chambre et ce qu'elle doit inclure comme meubles et matériel, la température ambiante, la surveillance en cas de besoin, etc.

Les maisons faisant l'objet de notre intérêt varient considérablement les unes des autres par leur aspect physique, le nombre de locataires et les services offerts à la clientèle. Ce qui les caractérise plus spécifiquement c'est le mode de vie qu'elles suggèrent par le partage de pièces, parfois aussi intimes que la chambre, par un ensemble d'individus qui n'ont aucun lien entre eux. Elles sont inévitablement des lieux de rencontres, d'interaction et de socialisation. Ce type d'habitation peut prendre différentes formes :

- Nous retrouvons la maison de chambres traditionnelle sans service comprenant une chambre meublée et des pièces communes (salle de bains, cuisine) partagées par l'ensemble des locataires. C'est la forme de logement la moins coûteuse sur le marché privé pour une personne seule, prestataire de l'aide sociale;
- Un autre genre de maison de chambres offre, en plus du gîte, les repas à une clientèle avec peu d'autonomie pour les activités domestiques quotidiennes. Les personnes peuvent avoir une chambre seule ou partagée avec d'autres locataires. Les salles de bains, cuisine et salle de séjour sont à usage commun;
- D'autres maisons, en plus du gîte et du couvert, offrent des services de buanderie, de gestion financière, d'assistance pour la prise de médicaments ainsi que des soins limités et de surveillance 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Ces maisons peuvent héberger des personnes plus démunies sur le plan de l'autonomie fonctionnelle qui ont besoin d'une assistance dans les tâches de la vie quotidienne et d'une supervision pour les soins hygiéniques, la prise de médicaments, etc.

Les clientèles ciblées par ce genre de maisons sont les personnes âgées, les patients des hôpitaux offrant des services psychiatriques, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ou de démêlés avec la justice.

C'est pour ce genre de maisons de chambres avec services que nous sommes le plus sollicités. D'abord, parce que c'est dans ces maisons que nous risquons de retrouver une clientèle en perte d'autonomie physique et mentale. Ensuite, parce que ce sont des milieux de vie non accrédités et non réglementés pour les services. Nous constatons donc toutes sortes de pratiques et de modes d'intervention allant du responsable le plus dévoué et respectueux envers les locataires au responsable exploitant financièrement la clientèle et aux modes d'intervention douteux. Ce paysage très varié des maisons de chambres et pensions privées suscite beaucoup de réserves et d'inquiétudes chez les intervenants et les proches.

Certaines entreprises privées offrent des services qui satisfont des personnes sans logis, mal logées ou celles qui ont une légère perte d'autonomie et qui ont un besoin d'assistance. Toutefois, comment s'assurer de la conformité des lieux physiques, de la qualité des services et de la compétence du personnel? Comment faire pour soutenir les propriétaires ou les responsables qui sont en lien quotidiennement avec les locataires ayant des troubles mentaux et qui éprouvent des difficultés avec ce type de locataires? Qui doit en assumer la responsabilité?

Le choix d'un milieu de vie qui correspond au profil de la personne dans un contexte de rareté de ressources représente une réelle difficulté pour les professionnels et pour la famille. L'inaccessibilité des ressources résidentielles publiques à court et moyen termes et les longues listes d'attente des OSBLH et des logements sociaux publics forcent les intervenants, les proches et les personnes aux prises avec un problème d'hébergement à considérer d'autres avenues. Pour sortir de cette impasse, les personnes sont souvent orientées, par les professionnels, vers les ressources d'habitation privées.

Le nombre de personnes résidant dans les ressources privées

Nous nous sommes également interrogés sur le nombre de personnes qui habitent ces ressources privées. S'il s'avère presque impossible de calculer de façon précise le nombre de maisons de chambres, le nombre de personnes y habitant demeure tout aussi nébuleux. Étant donné que la clientèle visée est, pour la très grande majorité, prestataire de l'aide sociale, les données provenant du ministère de la Solidarité sociale peuvent nous donner un aperçu du volume de personnes pouvant résider dans ces maisons. Selon les chiffres avancés par ce ministère, à Montréal-Centre, en février 2000, 95 721 ménages étaient prestataires de l'aide sociale. De ce nombre, 67 174, soit 70 %, étaient des personnes seules. Elles se répartissent ainsi selon le type de résidence :

TABLEAU 2 - LA RÉPARTITION DES PERSONNES SELON LE TYPE DE RÉSIDENCE

Type de résidence	Nombre personnes
Locataire	71 729
Propriétaire	608
Chez parents	7 141
Autres	16 243

La catégorie *« Autres »* a retenu notre attention car elle comprend les maisons de chambres, les pensions, les centres d'hébergement communautaires et les refuges. C'est dans cette catégorie que nous risquons de retrouver une grande partie de la clientèle-cible. Précisons toutefois que sur les 16 243 personnes habitant dans ces ressources privées ou dans ces refuges, toutes ne souffrent pas d'un problème de santé mentale.

Selon ce que les intervenants nous ont rapporté, une partie de notre clientèle-cible habite également dans des petits logements ou studios. Là encore, il est impossible d'avoir une représentation du nombre de personnes.

Le faible revenu des personnes prestataires d'aide sociale[14] ayant des problèmes de santé mentale ne permet pas de consentir un montant élevé pour le loyer. Les propriétaires ont donc peu de moyens pour améliorer la qualité de l'hébergement et des services. Plusieurs demandent une reconnaissance formelle du réseau de la santé et des services sociaux en leur accordant une indemnité pour maintenir ou pour améliorer les services aux locataires. En moyenne, le coût d'une chambre avec services dans le secteur privé est d'environ 600 $ par mois.

1.2. Profil de la clientèle visée

Les membres du Comité consultatif régional ainsi que les intervenants interrogés sont unanimes quant au profil des locataires qui pourraient bénéficier de ce programme. Ils distinguent deux catégories de clientèle ayant des problèmes de santé mentale résidant en grande concentration dans les logements à but lucratif.

1.2.1. La clientèle ne recevant aucun service médical ou social

Il s'agit ici de personnes n'ayant aucun lien avec le milieu institutionnel ou communautaire. Deux profils ressortent :

[14] **Un adulte recevant une allocation pour contraintes graves à l'emploi bénéficie d'un montant mensuel d'environ 755,42 $. Pour ceux qui ont des prestations régulières, un montant d'environ 522,42 $ par mois est accordé (Programme d'assistance-emploi, juin 2002).**

- **On les décrit comme des personnes ayant des troubles mentaux, plus particulièrement des troubles de la personnalité et refusant toute forme d'aide ou de suivi professionnel**. Des problèmes de déviance, d'agressivité, de consommation d'alcool et de drogue peuvent s'ajouter aux troubles mentaux. Cette clientèle est problématique dans les habitations puisque leur comportement nuit aux propriétaires et aux autres locataires. Les propriétaires nous disent éprouver de l'impuissance lorsque surviennent des difficultés avec ces locataires. Ces personnes sont généralement connues des organismes du réseau public et communautaire.

- **On distingue aussi des personnes ayant des troubles mentaux graves**. Elles sont considérées comme marginales et ayant des comportements « bizarres mais non violents ». Elles refusent les soins psychiatriques ou tous liens formels avec le réseau. Elles sont en rupture avec leur famille, leurs amis et vivent une instabilité résidentielle. Souvent, elles ne sont plus admissibles dans plusieurs OCH dont elles se sont exclues d'elles-mêmes, refusant les règles ou l'encadrement proposé. Ce sont des personnes isolées socialement, souvent vulnérables et sans défense.

La stabilité résidentielle de cette première catégorie de clientèle repose en grande partie sur la capacité du milieu à transiger avec elle et sur la tolérance du voisinage. Une détérioration de l'état de santé physique ou mentale, un manque de revenu et des liens épineux avec l'entourage peuvent amener ces personnes vers un mode de vie itinérant.

1.2.2. La clientèle recevant des services médicaux et sociaux

Cette clientèle, diagnostiquée comme ayant des troubles mentaux graves et persistants et ayant vécu, pour la majorité, des séjours à l'hôpital, est souvent en lien avec une équipe médicale (psychiatre, médecin, infirmier, travailleur social, ergothérapeute, etc.) où parfois viennent s'ajouter les services d'un organisme communautaire.

Ces personnes sont généralement admissibles dans les ressources résidentielles publiques, les logements sociaux et les organismes communautaires d'hébergement mais, faute de place à court et moyen termes, elles sont dirigées vers les ressources privées.

En résumé, voici les circonstances qui amènent ces personnes vers les ressources privées :

- Les adultes ayant reçu leur congé de l'hôpital, qui nécessitent un encadrement et une assistance dans certaines activités de la vie quotidienne (repas, lessive, prise de médicaments, activités, etc.);
- Les adultes en attente d'une ressource résidentielle publique ou d'un logement social;
- Les adultes qui ne cadrent pas, pour diverses raisons, dans les ressources résidentielles publiques. Ces adultes demandent des milieux de vie plus tolérants, peu réglementés.

Les dénominateurs communs des clientèles-cibles sont, sans contredit, leur état de santé mentale fragile, leur faible revenu et le choix limité qu'elles ont pour se loger convenablement.

CHAPITRE II

DÉMARCHES CONSULTATIVES

2.1. Rencontres sous-régionales

Une consultation a été menée auprès de nos partenaires des six sous-régions afin de connaître leur perception de la situation de l'habitation pour une clientèle ayant des problèmes de santé mentale. À partir de la liste des membres des tables de concertation en santé mentale des six sous-régions de Montréal-Centre, nous avons invité les organismes désirant s'exprimer sur ce sujet. Des représentants des CLSC, des hôpitaux, des centres de crise, des organismes de suivi communautaire, des centres de jour, des associations de parents et amis ont pu nous faire part de leurs observations sur les ressources privées et sur les personnes qui y habitent. Nous tenions également à savoir si un programme d'amélioration de la qualité de vie dans ces ressources s'avérait utile et comment nous pourrions satisfaire les attentes des organismes. Quatre-vingt personnes environ ont été rencontrées. L'annexe 2 présente un résumé des rencontres tenues au cours de l'hiver 2000.

2.2. Comité consultatif régional

Constatant l'enthousiasme et la réaction positive des partenaires envers ce projet, un comité consultatif régional a été mis sur pied pour participer à l'élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité de vie. Dix-huit personnes, provenant du Regroupement des CLSC, des hôpitaux, du Curateur public, du ministère de la Solidarité sociale, de la SPCUM, de la ville de Montréal, des organismes communautaires auxquels s'ajoutent deux propriétaires et deux locataires, forment ce comité. Les membres se sont réunis à quatre reprises, pour un total de 17 heures de travail.

Leur mandat :

- Entériner les éléments du programme;
- Émettre une proposition des rôles et des responsabilités des CLSC, des centres hospitaliers, des municipalités, du Curateur public, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, du ministère de la Solidarité sociale en termes de gestionnaires, collaborateurs et référants;
- Proposer différents scénarios organisationnels;
- Dégager quelques critères minimaux.

Les chapitres qui suivent sont donc, en partie, le résultat du travail effectué par les membres de ce comité régional.

CHAPITRE III

PROPOSITION D'UN PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE ET DE GESTION DU CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DANS LES RESSOURCES D'HABITATION PRIVÉES

Dans ce troisième chapitre, nous vous ferons part, en premier lieu, des principes directeurs qui ont été énoncés par les membres du Comité consultatif régional. Ils ont fait l'objet de nombreuses discussions et ont été la ligne directrice dans l'élaboration du programme. Ces quatre principes sont les règles minimales pour qu'un tel programme ait un effet positif dans le milieu. En deuxième lieu, les objectifs généraux seront exposés, suivis des cinq activités qui devront être mises en place dans les territoires. Ces activités interpelleront, à plusieurs égards, les organismes provenant de différents secteurs mandatés à intervenir dans la communauté auprès des personnes ayant divers besoins biopsychosociaux.

3.1. Principes directeurs

Principe 1 - L'accès à des milieux de vie répondant aux normes de qualité et de sécurité

L'identification de normes et l'élaboration de critères minimaux visant à garantir la sécurité des locataires et la qualité des services offerts sont incontournables. Le comité propose qu'un groupe d'experts se penche sur cette question. L'intention n'est pas de décourager les propriétaires en ayant des exigences trop élevées, ce qui entraînerait une diminution du nombre de logements accessibles, mais bien de trouver un équilibre entre la sauvegarde de logements pour personnes seules à faible revenu et un seuil minimal de qualité.

Les normes et critères d'appréciation des milieux nous permettront de les répertorier quantitativement et qualitativement et de partager ces informations avec les intervenants du réseau.

Principe 2 - La responsabilité et l'imputabilité des référants

Les membres du Comité régional expriment la nécessité de rendre imputables les établissements utilisateurs de ressources privées inadéquates pour une clientèle ayant des troubles mentaux.

Les intervenants en milieu hospitalier sont les plus ciblés car les personnes hospitalisées en psychiatrie ont souvent besoin d'un logis après une hospitalisation. Les personnes ne peuvent recevoir leur congé que si elles ont une adresse, ce qui, conséquemment, crée une pression sur les intervenants pour trouver des solutions à très court terme au manque de ressources résidentielles publiques et de logements.

Par ailleurs, les intervenants reconnaissent l'importance de l'autodétermination des personnes en respectant leur désir de vivre dans le milieu de leur choix. Les intervenants ont donc le devoir de donner le plus d'informations possible aux clients ou à leurs proches pour qu'ils puissent prendre une décision éclairée.

Pour les personnes les plus limitées dans la prise de pouvoir en raison d'incapacités personnelles, le centre hospitalier doit s'assurer de mettre en place des services de soutien dans la communauté pour aider la personne à s'intégrer socialement. La présence d'intervenants est primordiale à la prise du pouvoir de la personne dans son milieu de vie.

Le soutien dans la communauté, par des visites régulières, devient une condition *sine qua non* pour ces personnes référées dans les ressources d'habitation privées.

Principe 3 - La collaboration des partenaires

Il serait illusoire de faire porter à une seule organisation le mandat d'évaluer la qualité des ressources d'habitation privées. Aucun organisme ne possède un pouvoir juridique suffisant pour exiger des transformations autant sur le cadre bâti que sur certaines pratiques ou encore pour empêcher des références inappropriées dans le réseau d'habitation privé. Cependant, comme l'a mentionné si justement le Comité consultatif régional, « ensemble, nous pouvons faire l'exercice des *petits pouvoirs que nous avons pour améliorer la situation* ».

Des ententes de collaboration et de services doivent être approfondies et se créer entre les différents partenaires concernés par l'habitation et la santé mentale.

Principe 4 - La reconnaissance des propriétaires comme partenaires

Pour les membres du Comité consultatif régional, il est impératif de considérer les propriétaires comme des partenaires. Nous nous devons de travailler de concert avec eux. Ils sont appelés à jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des locataires. Certains propriétaires réussissent à maintenir dans la communauté des personnes aux comportements difficiles alors que nos ressources publiques et communautaires sont dans l'incapacité de les loger en raison de leurs comportements trop marginaux et dérangeants. L'isolement des propriétaires avec ce type de clients est étonnant.

Nous constatons que, bien souvent, les propriétaires deviennent des aidants naturels; ils assurent de l'écoute, réfèrent les locataires au CLSC, calment ceux qui sont anxieux ou inquiets, communiquent avec l'équipe traitante, la famille, lorsque requis, font de l'accompagnement, etc. Dans certains cas, la difficulté réside, pour les logeurs, à bien délimiter leurs responsabilités en tant que ressource d'habitation privée lorsque l'état de santé physique ou mentale de la personne s'aggrave et lorsque des collaborations doivent être développées avec la famille, le CLSC, le centre hospitalier ou bien le centre de crise. Les propriétaires dépassent parfois leur rôle de logeurs en acceptant, ou en maintenant, des locataires qui demandent, en plus du gîte et du couvert, des soins spécifiques et de la surveillance continue.

Il nous faut envisager rapidement des actions concrètes et concertées pour soutenir le propriétaire et son personnel dans l'évaluation des besoins de la personne. Des moyens doivent également être développés pour l'encourager à maintenir un bon niveau de services de qualité, par exemple en décernant des mentions spéciales, en créant un bottin des meilleures ressources d'habitation privées, etc.

3.2. Objectifs généraux d'un programme d'amélioration de la qualité de vie

- **Soutien**

  - ✓ Aider les intervenants des réseaux public et communautaire à mieux orienter leurs clients en ayant accès à une banque de ressources d'habitation;

  - ✓ Soutenir les propriétaires dans leur rôle de logeurs et les aider lorsqu'ils éprouvent des difficultés avec les locataires.

- **Dépistage**

  - ✓ S'assurer que les personnes résidant dans ces maisons ont accès aux services de santé et aux services sociaux et qu'elles sont informées des autres services auxquels elles ont droit.

- **Contrôle**

  - ✓ S'assurer que les personnes ayant des problèmes de santé mentale, vivant dans les ressources d'habitation privées, obtiennent des services résidentiels répondant aux normes de qualité et de sécurité.

Pour atteindre ces objectifs, **cinq activités** devront se déployer :

1. **Identification et appréciation des ressources**

   Créer un répertoire informatisé des ressources d'habitation privées. Il s'agit de visiter, d'apprécier et de répertorier les ressources.

2. **Suivi des ressources**

   ✓ Tenir à jour les données du répertoire;

   ✓ Établir des liens avec les logeurs, les informer sur les programmes de sensibilisation sur la santé mentale et les organismes communautaires des quartiers.

3. **Évaluation, suivi et référence des locataires**

   ✓ Établir des liens avec les organismes du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires pour que les locataires en difficulté puissent bénéficier des services que requiert leur situation.

4. **Contrôle de qualité**

   ✓ Informer les logeurs sur les normes minimales de qualité et sur les attentes du réseau;

   ✓ Assurer un suivi des recommandations formulées à la suite de la visite.

5. **Urgence et dépannage**

   ✓ Veiller à reloger, dans un court laps de temps, des personnes devant quitter leur logis (par exemple, lors de la fermeture d'une maison, d'un incendie, d'une situation dangereuse, etc.);

   ✓ S'assurer que l'on aide les personnes difficiles à loger.

3.3. Résultats attendus

- **Doter la région montréalaise d'un programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité dans les ressources d'habitation privées afin :**

  ✓ d'offrir aux personnes avec un problème de logement une banque de ressources d'habitation privées avec ou sans service, de studios de bonne qualité, fiables et à un coût abordable;

  ✓ d'informer les intervenants du réseau sur la disponibilité des ressources d'habitation privées et sur la qualité des services offerts;

  ✓ d'éliminer ou ne pas encourager les ressources qui offrent des services de piètre qualité, qui refusent d'entreprendre une démarche de qualité ou qui refusent de collaborer avec le réseau de la santé et des services sociaux;

  ✓ de soutenir les propriétaires qui ont besoin d'assistance auprès de locataires en difficulté;

  ✓ de stimuler la création d'un regroupement de propriétaires de résidences privées soucieux d'offrir une qualité de vie à la clientèle;

  ✓ de protéger les personnes vulnérables en s'assurant qu'elles bénéficient des services résidentiels appropriés à leur situation.

CHAPITRE IV

IMPLANTATION DU PROGRAMME : MODÈLE D'ORGANISATION

Nous savons pertinemment, par notre expérience sur le terrain, que le succès d'un tel programme repose sur la cohérence et la solidité d'une équipe expérimentée dans les domaines de la santé mentale et de l'habitation, le développement d'un partenariat avec différents réseaux et la mise en place d'une action concertée avec les différents partenaires. Les composantes environnementales, en lien avec les besoins des locataires, sont des incontournables et au coeur de ce programme d'amélioration de la qualité de vie dans les ressources d'habitation privées.

Idéalement, il serait souhaité que chaque territoire de CLSC mette en place une équipe d'implantation du programme d'amélioration de la qualité dans les ressources d'habitation privées. Toutefois, à partir de la liste du Service des permis de Montréal et de nos rencontres avec les intervenants, nous remarquons que le nombre ou la concentration des ressources d'habitation privées diverge considérablement d'un territoire à l'autre. Les besoins exprimés par les partenaires sont criants dans certains secteurs, comparativement à d'autres où les organismes connaissent très peu ces ressources et les clientèles qui y résident. Dans ce contexte, si nous optons immédiatement pour un modèle organisationnel local, le développement d'une nouvelle expertise pourrait être aléatoire si la masse critique n'y est pas.

Par ailleurs, un modèle sous-régional apparaît prématuré en phase d'implantation du programme compte tenu des nombreuses activités à caractère régional à réaliser telles que la création et validation d'outils, l'élaboration d'ententes avec des organismes provenant de divers secteurs et l'acquisition d'habilités sur le terrain par des personnes qui deviendront des agents multiplicateurs d'expertise dans leur milieu.

Pour ces raisons, un modèle organisationnel régional est retenu pour la phase d'implantation du programme, les principaux avantages étant assurément de favoriser une conception commune des assises opérationnelles du programme, une harmonisation de la pratique et le développement d'expertises souhaitées et raffinées par la mise à l'essai.

À cet effet, nous proposons la mise en place d'un comité de coordination régionale sous la responsabilité des Services de santé mentale de la Régie régionale de Montréal-Centre, composé de six répondants de CLSC provenant des six sous-régions auxquels se joindrait, comme personne-ressource, un répondant de la ville de Montréal concerné par cette problématique. La coordination régionale de ce comité serait supportée par le Comité consultatif régional qui a manisfesté son intérêt à poursuivre son implication durant la phase d'implantation du programme.

Les CLSC sont des collaborateurs de premier ordre en raison de leur mission et de leur mandat d'offrir des services de première ligne à la clientèle de leur territoire. Un répondant CLSC par sous-région permettrait à la coordination régionale d'interpeller les intervenants locaux afin de partager les informations sur les ressources de leur quartier et ainsi développer des stratégies d'action communes. Ils auront à travailler en association avec les services de deuxième ligne. Les organismes communautaires, les services municipaux tels que le Service des permis et inspection et le Service des incendies seront des partenaires de toute première importance.

Les tâches spécifiques du comité de coordination régionale seraient principalement :

- ✓ Le développement et la validation de divers outils permettant d'identifier, d'apprécier et de classer les ressources;
- ✓ La création d'un bottin;
- ✓ La détermination des intervenants requis auprès des ressources, des propriétaires et des locataires;
- ✓ L'établissement d'ententes avec les différents partenaires.

Ce programme est basé sur un mode d'intervention proactif, centré sur les ressources d'habitation privées, les logeurs et le groupe de locataires.

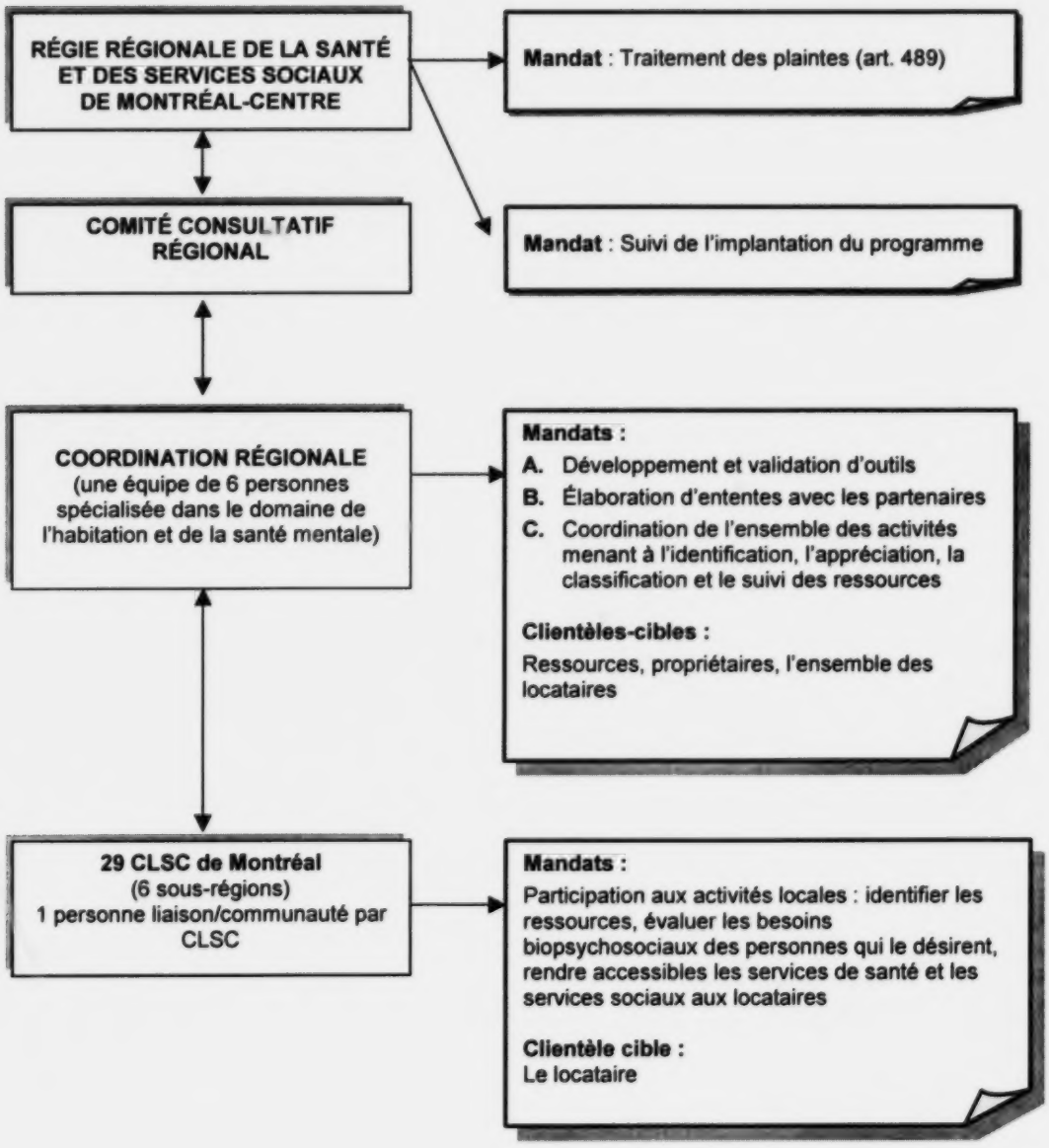
Par la création de ce programme, nous visons :

- ✓ La connaissance des ressources d'habitation privées par territoire de CLSC et des clientèles qui y habitent;
- ✓ Le soutien au milieu de vie;
- ✓ L'amélioration des conditions de vie des locataires.

Le schéma 2, à la page suivante, illustre de facon explicite le modèle organisationnel que nous prônons dans cette première phase d'implantation du programme.

Il est judicieux de prévoir une période de deux ans pour démarrer l'implantation de ce programme aux termes de laquelle une évaluation de la situation devra être faite en vue d'apporter les ajustements au modèle organisationnel d'implantation.

Schéma 2 : MODÈLE ORGANISATIONNEL



CHAPITRE V

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ORGANISMES ENVERS LA CLIENTÈLE AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE QUI HABITE DANS LES RESSOURCES D'HABITATION PRIVÉES

La situation du logement chez les personnes seules à faible revenu, ayant des troubles mentaux graves, est une question qui concerne plusieurs instances gouvernementales (municipale, SHQ, Santé et Services sociaux, Solidarité sociale, etc.) Loger convenablement cette clientèle en lui offrant les meilleures conditions possible est devenu une préoccupation collective. Solutionner la pénurie de logements adéquats le sera aussi.

Nous proposons donc de jeter un regard sur le mandat et les responsabilités des organismes qui sont appelés à jouer un rôle important auprès des personnes sans logis ou mal logées, aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'annexe 3 présente leurs principales missions, leurs mandats reliés aux services à la clientèle et à la protection des personnes. C'est à partir de ce document que nous démontrerons les complémentarités et les liens à établir avec ce programme.

Le tableau 3, présenté à la page suivante, identifie, à partir des cinq activités du programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité, les organismes qui seront appelés à être des acteurs responsables de l'actualisation des activités et ceux qui seront des collaborateurs pour la mise en œuvre.

TABLEAU 3 : Mise en œuvre des cinq activités et responsabilités et collaborations attendues de nos partenaires

ACTIVITÉS	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
1. IDENTIFICATION, APPRÉCIATION DES RESSOURCES		
✓ Identifier les ressources d'habitation privées par territoire de CLSC	CLSC	Policiers, Ville de Montréal, organismes communautaires, Curateur public, centres hospitaliers, coordination régionale, etc.
✓ Visiter les ressources d'habitation et les apprécier	Coordination régionale	
✓ Colliger les données et élaborer un bottin	Coordination régionale	
2. ÉVALUATION, SUIVI ET RÉFÉRENCE DES LOCATAIRES		
✓ Référer aux organismes publics et communautaires les locataires en difficulté	Coordination régionale	CLSC, centres hospitaliers, policiers, organismes communautaires, etc.
✓ Évaluer les besoins biopsychosociaux des locataires en difficulté et les référer aux organismes appropriés, s'il y a lieu	CLSC, centres hospitaliers et les organismes communautaires	
✓ Reloger les personnes en perte d'autonomie physique et mentale (avec le consentement de la personne) vers les ressources appropriées	CLSC, centres hospitaliers, Curateur public	Coordination régionale, organismes communautaires, Régie régionale, Ville de Montréal
3. CONTRÔLE DE QUALITÉ		
✓ Traiter les plaintes	Régie régionale de Montréal-Centre	CLSC, Curateur public, policiers, coordination régionale, Ville de Montréal, etc.
✓ Informer les logeurs sur les attentes du réseau de la santé et des services sociaux	Régie régionale de Montréal-Centre	CLSC, centres hospitaliers, coordination régionale
✓ Informer les logeurs sur les règlements municipaux et les exigences du service des incendies	Ville	Régie régionale, coordination régionale, etc.
4. URGENCE ET DÉPANNAGE		
✓ Reloger les locataires dans un court laps de temps suite à une évacuation	Coordination régionale	CLSC, Ville de Montréal, organismes communautaires, Curateur public, etc.
✓ Défrayer les frais de déménagement pour raison de santé ou d'insalubrité	Ministère de la Solidarité sociale	
5. SUIVI DES RESSOURCES		
✓ Exercer un suivi des ressources	Coordination régionale	CLSC, centres hospitaliers, Régie régionale, policiers, organismes communautaires, Ville de Montréal, etc.
✓ Établir des liens avec les logeurs pour répondre à leurs différents besoins (référence, sensibilisation, information, etc.)	Coordination régionale	CLSC, centres hospitaliers, municipalité, etc.
✓ Soutenir les propriétaires et les locataires intéressés à s'impliquer dans le développement d'un regroupement de résidences privées	Coordination régionale	CLSC, organismes communautaires, locataires, etc.

CONCLUSION

L'habitat est crucial pour l'épanouissement de la personne et est un élément central de la réinsertion sociale des personnes ayant des troubles mentaux. Il offre une plate-forme nécessaire à l'expression de l'être et des différents modes de vie. Il représente un espace unique pour expérimenter ses choix et le contrôle sur son environnement et pour développer des habiletés non seulement domestiques mais aussi sociales. Le logis, considéré comme lieu ultime de l'intimité, se veut aussi un lieu social, un milieu de vie où l'on développe des sentiments d'appartenance à la communauté.

Pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale graves, le choix du logis ne peut se faire à la légère. Le défi, dans un contexte de crise du logement et d'engorgement des ressources publiques et communautaires, est de trouver des alternatives dans le respect des droits et de l'autodétermination des personnes. Le concept d'autodétermination réfère « au droit qu'a chaque individu de prendre des décisions sur tous les aspects de sa vie, notamment sur l'endroit où il vivra... ». Le rôle des intervenants est donc d'aider la personne à prendre une décision éclairée sur le type de logis qu'il lui faut et d'analyser avec elle l'impact de ses décisions. Par conséquent, l'intervenant doit avoir, entre autres, une bonne connaissance du réseau de l'habitation.

Le programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de la qualité aspire à mieux informer les intervenants sur les ressources résidentielles dans la communauté. Ce programme s'inscrit parmi les moyens que nous développons pour assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale des logements sécuritaires, abordables et décents. Une fois le logement trouvé, encore faut-il que nous mettions en place les moyens pour qu'elle puisse y rester. Un des moyens pour y parvenir est sans contredit le développement, en plus grand nombre, des différents modèles de soutien dans la communauté.

Par ailleurs, nous devons encourager les projets de recherche qui visent à identifier les besoins résidentiels des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Des stratégies doivent être développées pour représenter les intérêts des personnes, leurs désirs et leurs aspirations auprès des différentes instances gouvernementales.

Nous terminons en soulevant la nécessité de développer un programme multisectoriel au regard du contrôle de la qualité dans les résidences privées afin de synchroniser nos actions. Ce partenariat doit également inclure la participation des locataires et des propriétaires.

BIBLIOGRAPHIE

« Dossier santé mentale » dans *Revue Québec hébergement*, revue trimestrielle, volume 2, numéro 3, Septembre 2000.

Accroche-toit : Bilan 1995-1998, Archipel d'Entraide, Québec, 1998, 42 p.

Avis de la ville de Montréal à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Ville de Montréal, Montréal, 10 mars 1998, 18 p.

Cadre de référence des organismes communautaires d'hébergement, La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et Le regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, Montréal, Novembre 1996, s.p.

CURTIS, Laurie C., Beth H. Tanzman, S. Sinikka McCabe, traduction de Catherine Vallée, *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Créer des liens avec la communauté, n°2, Québec, 1996, 62 p.

DUCHARME, Marie-Noëlle et Yves Vaillancourt, *Portrait des organismes communautaires d'habitation sur l'île de Montréal*, Université du Québec à Montréal. LAREPPS, Montréal, Avril 2002, 80 p.

FOURNIER, Louise et al., *Santé mentale, Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels, Rapport synthèse*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1999, 30 p.

FOURNIER, Louise et Céline Mercier, *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*, Méridien, Montréal.

GOULET, François, *Problématique des maisons de chambres de Montréal*, Ville de Montréal, Montréal, Novembre 1987, 33 p.

Hébergement, logement et santé mentale : perspectives d'avenir, Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal, Montréal, 1998, 53 p.

Intervention, Travail social et résilience, numéro 112, Automne-Hiver 2000, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 121 p.

JETTÉ, Christian et al., *Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'Habitation de Montréal (FOHM)*, Université du Québec à Montréal, LAREPPS, Montréal, Février 1998, 215 p.

La police de quartier, Montréal, SPCUM, 27 juin 1996, 108 p.

La problématique des propriétaires de maisons de chambres, Association des propriétaires de maisons de chambres du Québec, Montréal, Mars 1988, 19 p.

Le Curateur public et les droits de la personne inapte, Sainte-Foy, Le protecteur du citoyen, 21 novembre 1997, 73 p.

Le régime de soutien du revenu pour l'emploi et la solidarité, Ministère de la solidarité sociale, Gouvernement du Québec, Septembre 1999, 44 p.

Les orientations régionales en matière de ressources non institutionnelles, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, 1999, 110 p.

Les personnes seules à faible revenu et l'itinérance. État des problèmes de logement, Ville de Montréal, Montréal, Février 1989, 58 p.

Les personnes seules à faible revenu et l'itinérance. État des problèmes de logement, Service de l'habitation et du développement urbain, Module Habitation, Montréal, Février 1989, 58 p.

LIGHTMAN, Ernie S. et John Kenewell, *Une communauté d'intérêts. Rapport de la Commission d'enquête sur les logements non réglementés*, Bibliothèque nationale du Canada, Toronto, 1992, 386 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, Québec, à jour au 14 janvier 1997, dernière modification : 23 décembre 1996.

NORBERG-SCHULZ, Christian, *Habiter. Vers une architecture figurative*, Paris, Electa Moniteur, 1985, 140 p.

Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 - Le défi de l'accès, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Montréal, Juin 1998.

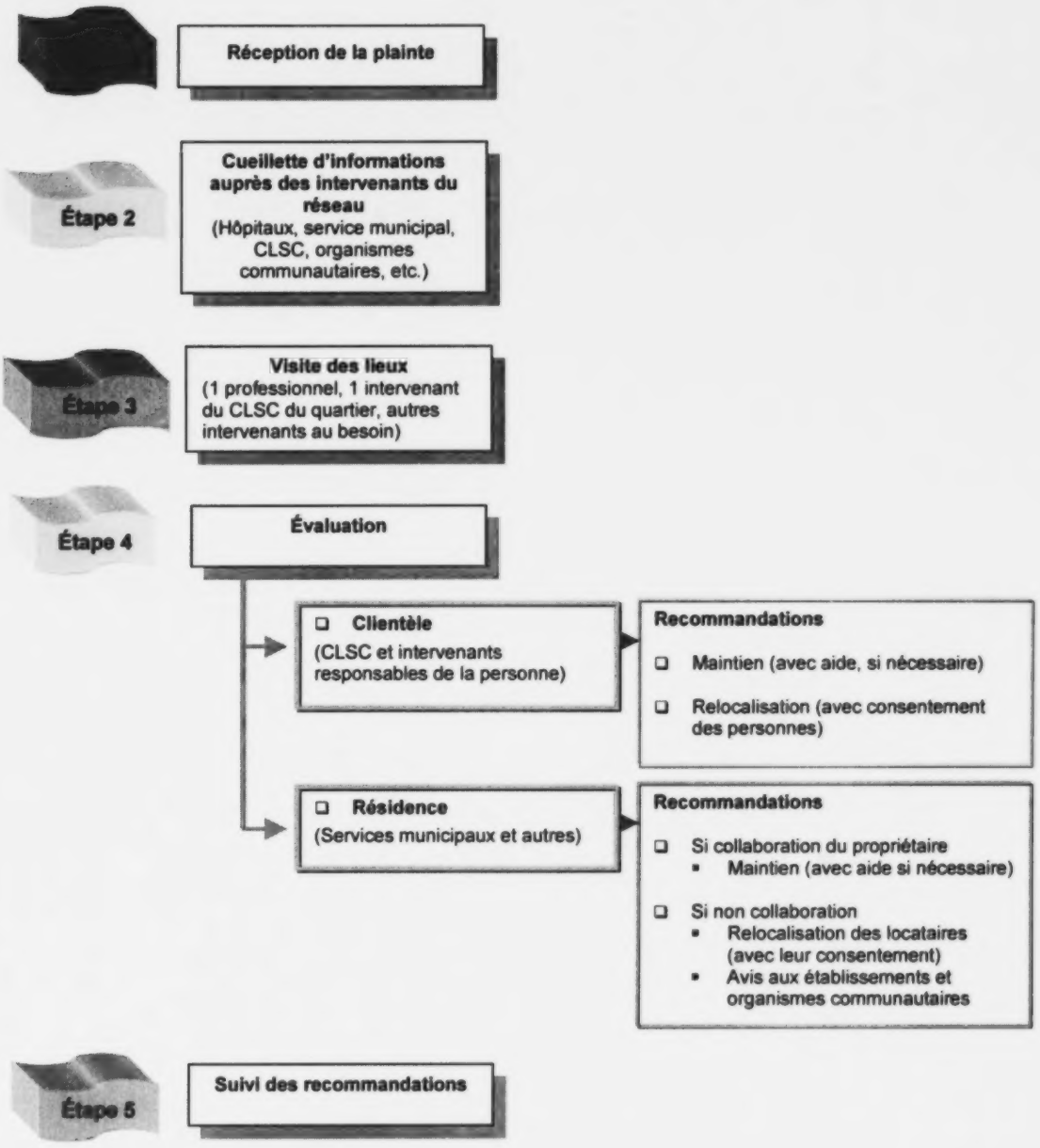
Pour une transformation réussie des services de santé mentale, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Mars 2000, 39 p.

Rapports annuels 1999, Office municipal d'habitation de Montréal, Montréal, 2e trimestre 2000, 81 p.

ANNEXES

ANNEXE 1

PROCÉDURE D'UNE PLAINTE



ANNEXE 2

Compte rendu
Rencontres sous-régionales
Avril 2000

Ressources résidentielles privées

1. PERCEPTION DES MAISONS DE CHAMBRES ET PENSIONS

La majorité des intervenants ont une perception relativement restreinte et négative des maisons de chambres de leur territoire. Les maisons sont souvent reconnues ou perçues comme offrant des conditions de vie déplorables à leurs locataires : insalubrité des lieux, mal chauffées, peu ou mauvais services, prix élevés, milieux violents, etc. La qualité des maisons est considérée comme étant douteuse et inégale d'un endroit à l'autre. Ce type d'hébergement est utilisé, selon certains intervenants, comme un lieu transitoire dans l'attente d'un autre logis.

2. CONNAISSANCE DES MAISONS DE CHAMBRES ET PENSIONS

En général, les intervenants rapportent qu'ils ont une connaissance superficielle des maisons de chambres de leur territoire. Ils connaissent quelques maisons, soit de bonne ou mauvaise réputation. Ils sont souvent en mesure d'en identifier quelques-unes sans jamais y être allés. Des intervenants des sous-régions Est, Centre-Est et Centre-Ouest ont ciblé des rues, des secteurs précis de quartiers dans lesquels sont regroupées un bon nombre de maisons de chambres et pensions problématiques. Dans le meilleur des cas, un petit nombre de maisons a été visité par sous-région. On souligne également qu'une ou deux visites à leurs clients ne rendent pas nécessairement compte de la qualité des services offerts. C'est avec le temps que les intervenants peuvent juger de la situation.

Seule la sous-région Ouest s'est dotée d'un service afin de mieux connaître et d'identifier les ressources résidentielles privées pouvant accueillir une clientèle ayant des problèmes de santé mentale. L'un de leurs objectifs est d'établir des liens de collaboration avec les propriétaires. Ce service appelé « Chez-soi » a été créé par un organisme communautaire en santé mentale (Perspective communautaire en santé mentale) et est utilisé par tous les partenaires des réseaux public et communautaire de cette sous-région.

Tous les intervenants se disent intéressés à connaître davantage les maisons de chambres et pensions privées parce qu'ils ont besoin de ressources d'hébergement accessibles à court terme et peu chères. Certains de leurs clients utilisent et préfèrent habiter dans des ressources résidentielles privées. Les intervenants aimeraient pouvoir éliminer les maisons dont les propriétaires exploitent et abusent la clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

3. RÉFÉRENCE

Pour libérer les lits et désengorger les salles d'urgence, à la suite d'énormes pressions subies, les intervenants des hôpitaux réfèrent fréquemment des patients dans des ressources résidentielles privées. Parce que les ressources résidentielles publiques et communautaires ne suffisent plus à la demande, les maisons de chambres et pensions privées demeurent une solution pour un bon nombre de personnes sans logis qui reçoivent leur congé de l'hôpital. Parfois, les références sont fournies aux clients sans vraiment connaître le milieu et la qualité des services des maisons suggérées.

Les intervenants souhaiteraient que des normes de pratique soient établies quant à l'utilisation des ressources privées et que des règles claires et précises puissent les guider dans le choix de ces ressources.

On précise également qu'il existe en ce moment une très grande sollicitation des propriétaires directement dans les hôpitaux. On remarque aussi que de plus en plus de membres du personnel hospitalier possèdent des maisons de chambres et pensions privées.

Les intervenants des CLSC réfèrent rarement les personnes dans les maisons de chambres et pensions privées car ils ne peuvent garantir la qualité des lieux et des services. Les maisons réputées pour la qualité de leurs services sont trop chères pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Habituellement, c'est la personne elle-même qui cherche un logement par le biais de petites annonces. Lorsqu'une personne n'a plus de lieu où habiter, elle est généralement référée dans les ressources d'hébergement de type dépannage.

Les intervenants des organismes communautaires consultés disent être rarement impliqués dans le choix de l'hébergement et donnent très peu de références. Toutefois, ils sont souvent interpellés lors de déménagements ou lorsqu'il y a une situation conflictuelle soit avec les voisins, le concierge ou le propriétaire.

4. RAISONS QUI MOTIVENT LES INTERVENANTS À RÉFÉRER DES PERSONNES DANS UNE MAISON DE CHAMBRES ET PENSIONS OU QUI PRÉFÈRENT CE TYPE D'HABITATION

Le client :

- habite dans des conditions déplorables ou est sans logis;
- attend une ressource résidentielle publique ou communautaire;
- refuse d'habiter dans les ressources d'habitations publiques. Souhaite vivre dans un milieu autonome, sans encadrement, définit ses propres règles, pas de compte à rendre;
- possède un faible revenu;
- a peur d'être seul, besoin de se sentir entouré;
- possède peu d'habilités domestiques (repas, lavage, entretien);
- ne veut pas de bail;
- recherche un milieu tolérant (alcool, comportements, etc.);
- a besoin d'une chambre meublée.

5. COLLABORATION AVEC LES RESPONSABLES DES MAISONS

En général, les intervenants connaissent peu les propriétaires ou les responsables des maisons et ils sont peu en lien avec ces derniers.

Les collaborations demandées aux propriétaires par les intervenants touchent surtout la médication.

Parfois, une attention particulière et ponctuelle leur est demandée lors de situations difficiles vécues par le locataire. Les intervenants sont interpellés par le propriétaire quand leur client est en crise ou désorganisé.

Les intervenants remarquent que quelques propriétaires font preuve de beaucoup de tolérance et de souplesse envers les personnes. Certains font de l'excellent travail. Il est important de le reconnaître.

Un programme d'information-sensibilisation sur les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale pourrait aider grandement les propriétaires et les encourager à maintenir l'accueil à cette clientèle. On rapporte que certains propriétaires ne veulent plus héberger des personnes ayant un problème de santé mentale.

Certains intervenants pensent qu'il faut garder une certaine vigilance et ne pas trop en demander aux propriétaires. Ils doivent rester neutres et se concentrer sur leur rôle et responsabilité de logeur.

6. PROFIL DE LA CLIENTÈLE (LA PERSONNE PEUT AVOIR PLUS D'UNE DES CARACTÉRISTIQUES CI-DESSOUS MENTIONNÉES)

- Clientèle multiproblématique (santé mentale, toxicomanie, justice, troubles de comportements, etc.);
- Clientèle antiréseau, ne veut pas avoir de liens formels avec un établissement ou un organisme communautaire;
- Problème de santé mentale sévère et persistant;
- Besoin de protection, sans défense (peut-être exploité facilement);
- Vulnérable, fragile;
- Faible revenu (aide sociale);
- Problèmes financiers;
- Tissu social faible;
- Isolée;
- Besoin d'une prise en charge dans le quotidien car manque d'habiletés de base (nourriture, médicaments, lavage, entretien);
- Refus d'assistance dans son milieu de vie;
- Problème de consommation (alcool, drogue, médicaments);
- Inadmissible dans les ressources communautaires ou publiques;
- Instabilité résidentielle (itinérance);
- Peu de bien.

7. RELOCALISATION

Quand les intervenants assistent à des situations inacceptables (abus, violence, vol, manque de services, pas suffisamment de nourriture, insalubrité, etc.), ils informent le client de ses droits et le propriétaire de ses devoirs. Ils tentent de développer un lien de collaboration et d'établir des ententes avec le propriétaire. Dans certains cas, l'intervention est très limitée et parfois impossible car les intervenants craignent les représailles du propriétaire à l'égard des locataires. Quant au client, « il craint de mordre la main qui le nourrit », donc il ne porte pas plainte.

Lorsqu'il y a relocalisation d'un client en raison des mauvaises conditions de vie associées au logement, généralement le client, ni même l'intervenant, ne portent plainte.

Les groupes rencontrés ignorent, sauf de rares exceptions, la responsabilité de la Régie régionale à l'égard du contrôle de qualité des ressources d'habitation privées non titulaires d'un permis. En général, l'intervenant essaie de trouver un autre lieu d'hébergement pour son client et les autres locataires restent sans recours. Lorsqu'il y a relocalisation d'un locataire, trouver un hébergement adéquat demeure un défi pour les intervenants.

Par ailleurs, les intervenants ont fait des mises en garde contre une attitude de jugement des milieux à partir de nos propres valeurs.

8. PROPOSITIONS ET SERVICES SOUHAITÉS

Quelques propositions

- Le mot « contrôle » a une connotation péjorative et les intervenants souhaitent un terme faisant référence à l'évaluation du milieu et au soutien du milieu naturel et professionnel.
- Les intervenants souhaitent que les ressources résidentielles publiques soient accessibles à tous les organismes.
- On demande à ce que le réseau de l'hébergement public, communautaire et privé soit interactif; il semble ne pas y avoir d'échanges entre ces différents groupes. Chacun travail de façon isolée.
- Pour garantir de bonnes conditions de vie à la personne et pour s'assurer qu'elle est à la bonne place au bon moment, le décloisonnement des structures est proposé et le travail d'équipe est privilégié.
- Pour favoriser l'échange, la concertation et le développement, on propose la création d'une table réunissant les organismes concernés par l'habitation.
- On demande d'inclure également dans la définition des ressources résidentielles privées, les hébergements communautaires afin qu'ils aient, eux aussi, accès à un service de contrôle de la qualité.
- Il faut éviter à tout prix les ghettos et la grande concentration de la clientèle en santé mentale dans la même maison.
- Les intervenants veulent un service qui puisse détecter et enrayer les milieux illicites qui exploitent la clientèle en santé mentale.
- On souhaite qu'il y ait plus d'organismes de suivi et d'accompagnement dans la communauté pour soutenir les personnes dans leur milieu naturel.
- Quelques intervenants du milieu hospitalier souhaiteraient que leur établissement soit responsable du service de contrôle de qualité dans les ressources résidentielles privées puisqu'ils possèdent déjà une expertise dans ce domaine mais également pour des ressources d'habitation rattachées au secteur public.
- Les référants doivent demeurer responsables de la personne référée dans les ressources résidentielles privées et assurer un suivi adéquat.
- La création d'un cadre de référence afin de bien établir le mandat de chacun (CLSC, hôpitaux, municipalités, Régie régionale, etc.).

9. ATTENTES DES INTERVENANTS ADVENANT LA CRÉATION D'UN SERVICE DE CONTRÔLE DE QUALITÉ

- Exercer régulièrement un suivi des ressources.
- Avoir une action proactive (aller vers la personne); trois volets d'intervention sont souhaités :
  - ✓ Contrôle,
  - ✓ Dépistage,
  - ✓ Soutien aux intervenants et aux logeurs.
- Supprimer les préjugés et les peurs envers les personnes souffrant d'un problème de santé mentale (sensibilisation et information).
- Préparer des interventions de soutien aux locataires et à l'entourage (voisins, propriétaires).
- Développer des liens avec les propriétaires et établir des collaborations.
- Établir des normes et des standards pour assurer une qualité dans les maisons (services, état de l'immeuble, environnement, etc.)
- Traiter les plaintes.
- Aider à la relocalisation.
- Créer un répertoire des maisons recommandables et une liste des maisons non recommandables.
- Tenir une banque de logements à partager.
- Identifier les maisons ou petits logements adaptés pour personnes limitées physiquement.
- Communiquer les informations pertinentes aux intervenants et aux logeurs.
- Créer un fond de dépannage pour le déménagement et l'entreposage.
- Aider financièrement les personnes vivant des situations d'urgence liées au logement.
- Travailler en collaboration avec les ressources du milieu et arrimer les services.
- Accompagner à l'occasion des personnes pour des visites de ressources.
- Créer un système de reconnaissance aux aidants naturels.
- Rendre les services accessibles à tous.

ANNEXE 3

Mandats des organismes qui interviennent auprès des personnes ayant des troubles mentaux et résidant dans les ressources d'habitation privées

Régie régionale **Mission** Depuis 1993, le ministre de la Santé et des Services sociaux confiait aux régies régionales le mandat de contrôle de qualité dans les ressources non titulaires d'un permis du Ministère, hébergeant des personnes requérant des services de santé et des services sociaux (L.R.Q. chapitre S-4.2 art. 489, art. 452)	**Mandats** ✓ Recevoir et traiter les signalements concernant les ressources d'habitation privées ✓ Inspecter les lieux où l'on a raison de croire que sont exercées des activités qui correspondent à la mission d'un établissement au sens de la loi ✓ S'assurer que les personnes vivant dans les ressources privées ont accès aux services de santé et aux services sociaux que leur situation requiert ✓ Référer aux instances requises les situations dénoncées ✓ Établir des liens avec les organismes concernés par les situations problématiques
CLSC **Mission** Loi sur les Services de santé et les Services sociaux (LSSSS) *Art. 80 : La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants, et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.* *À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.*	**Mandats** ✓ Offrir des services (de première ligne) médicaux, infirmiers et sociaux à toute personne de leur territoire ✓ Évaluer les besoins biopsychosociaux des personnes ✓ Viser l'amélioration de la situation de la personne qui éprouve des problèmes d'ordre psychologique, biologique et social ✓ Maintenir la personne dans son milieu de vie afin d'éviter les problèmes reliés à l'institutionnalisation ✓ Connaître les ressources d'habitation privées de leur territoire ✓ Informer et orienter les personnes autonomes et en légère perte d'autonomie vers les ressources appropriées ✓ Collaborer à la mise à jour de l'inventaire et du répertoire sur les ressources d'habitation privées ✓ Collaborer au suivi et au contrôle des ressources sur requête du programme de contrôle de la qualité de la Régie régionale. ✓ Procéder à l'évaluation et à la relocalisation des personnes en perte d'autonomie (avec le consentement de la personne)

Centres hospitaliers	
Mission	**Mandats**
Loi sur les Services de santé et les Services sociaux *Art. 81 : La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.*	✓ Évaluer les besoins biopsychosociaux des personnes qui s'adressent à eux ou qui leur sont référées ✓ S'assurer que les personnes reçoivent les services de santé et les services que leur situation requiert ✓ Référer les personnes, s'il y a lieu, au CLSC, dans les CHSLD, dans les organismes communautaires pour qu'elles puissent recevoir les soins et les services nécessaires à leur condition ✓ Informer la personne, sa famille de la catégorie de ressources qui correspondent aux besoins identifiés par l'évaluation ✓ Orienter les personnes en perte d'autonomie vers les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux ✓ S'assurer que les ressources d'habitation privées sont en mesure de répondre aux besoins de la personne avant de l'orienter vers ce type de ressources

Curateur public du Québec	
Mission	**Mandats**
Les devoirs et obligations du Curateur public du Québec relèvent notamment du Code civil du Québec et de la loi sur le Curateur public. Sa mission première est la protection des droits et la représentation des personnes inaptes par des moyens adaptés à leur milieu de vie et aux mesures de protection dont elles bénéficient.	✓ S'assurer pour la personne du respect de ses droits et de sa protection ✓ Veiller à ce que la personne reçoive les services de santé et les services sociaux adaptés à sa situation ✓ Travailler en collaboration avec les intervenants des CLSC, des centres hospitaliers, des organismes communautaires, des régies régionales, etc. ✓ S'assurer que la personne bénéficie des services que la ressource d'habitation privée s'est engagée à fournir ✓ Visiter annuellement les personnes dans leur milieu de vie ✓ S'assurer que les intervenants des établissements connaissent et appliquent la réglementation en vigueur en matière d'hébergement et d'habitation

SPCUM (Service de police de la communauté urbaine de Montréal) **Mission** Selon la loi sur la communauté urbaine de Montréal, la mission du Service de police est de : ✓ Protéger la vie et la propriété ✓ Maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique; ✓ Prévenir le crime et les infractions; ✓ Veiller à l'application des lois en vigueur au Québec, ainsi que des règlements, résolutions et ordonnances de la Communauté et des municipalités.	**Mandats** ✓ Promouvoir la qualité de vie de tous les citoyens et citoyennes ✓ Favoriser le sentiment de sécurité ✓ Développer un milieu paisible et sûr, dans le respect des droits et libertés des personnes ✓ Cerner les problèmes de la collectivité locale et les résoudre de manière durable ✓ Référer aux CLSC, aux centres hospitaliers les personnes qui ont besoin des services de santé et des services sociaux ✓ Identifier les ressources d'habitation problématiques qui accueillent des clientèles vulnérables et ayant de multiples problèmes

Ministère de la Solidarité sociale **Mission** Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale Programme d'aide financière de dernier recours. Il s'adresse aux personnes aptes à occuper un emploi et à celles ayant des contraintes temporaires ou sévères à l'emploi.	**Mandats** ✓ Offrir aux personnes qui ne peuvent subvenir à leurs besoins une aide financière et une gamme de services adaptés à leur situation ✓ À la prestation de base peuvent s'ajouter une allocation d'aide à l'emploi, une allocation pour contraintes temporaires à l'emploi, une allocation pour contraintes sévères à l'emploi ou encore une allocation mixte, selon la situation des personnes concernées ✓ Informer la personne prestataire des droits et des obligations prévus à la loi ainsi que de l'existence des mesures, des programmes et des services disponibles ✓ Verser une aide additionnelle pour couvrir certains besoins reliés à la santé et la sécurité (frais de déménagement pour raison de santé ou de salubrité)

Municipalités	
Mission	**Mandats**
Règlement sur le logement Le Service des permis et inspection veille à l'application et au respect du règlement sur le logement qui vise à assurer la salubrité, la sécurité et le bon entretien des bâtiments résidentiels.	✓ Prendre action à l'endroit des ressources qui enfreignent la réglementation municipale ✓ Référer aux CLSC les situations problématiques qui sont rencontrées concernant la clientèle ✓ Procéder à une visite annuelle des ressources d'habitation privées ✓ Établir des liens de communication avec les organismes du réseau de la santé et des services sociaux lors d'une évacuation d'urgence des locataires

Ressources d'habitation privées	
Mission	**Mandats**
Milieu de vie résidentiel de type logement ou de chambres, régi par les lois et les règlements de zonage des villes et des municipalités.	✓ Assurer des services de qualité et respecter les besoins des personnes ✓ Accueillir des personnes autonomes et en légère perte d'autonomie ✓ Prévenir et dénoncer les situations d'abus et d'exploitation ✓ Référer au CLSC les personnes en perte d'autonomie ✓ Travailler en collaboration avec les intervenants responsables de la personne et les organismes du milieu